

Une forme anatomique des abcès du foie : L'ANTHRAX DU FOIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juin 1943

par

Jean ROUSSON

Né le 24 Janvier 1918, à APT (Vaucluse)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. ETIENNE, professeur, <i>président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		AIMES, professeur.		
		MOURGUE-MOLINES, agr.		
		ROUX, agrégé.		

IMPRIMERIE
CAUSSE, GRAILLE ET CASTELNAU
7, rue Dom-Vaissette
MONTPELLIER

1943

**UNE FORME ANATOMIQUE DES ABCÈS DU FOIE :
L'ANTHRAX DU FOIE**

Une forme anatomique des abcès du foie : L'ANTHRAX DU FOIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juin 1943

par

Jean ROUSSON

Né le 24 Janvier 1918, à APT (Vaucluse)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. ETIENNE, professeur, <i>président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		AIMES, professeur.		
		MOURGUE-MOLINES, agr.		
		ROUX, agrégé.		

IMPRIMERIE
CAUSSE, GRAILLE ET CASTELNAU
7, rue Dom-Vaissette
MONTPELLIER

1943

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires:

Anatomie.	MM. J. DELMAS.
Histologie.	TURCHINI.
Physiologie.	HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique et médecine expérimentale.	BAUMEL.
Microbiologie.	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale.	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	PUECH.
Hygiène.	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
Clinique chirurgicale	GIRAUD, <i>doyen</i> .
Clinique obstétricale	MASSABUAU, <i>assesseur</i> .
Clinique des maladies mentales et nerveuses	LAPEYRE.
Clinique des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge.	P. DELMAS.
Clinique de dermato-syphiligraphie	EUZIERE, <i>doyen honor.</i>
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BOUDET.
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT.
Clinique gynécologique	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique.	JEANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale.	N.
	DEJEAN.
	TERRACOL.

Charges de cours:

Anatomie.	LAUX.
Histologie.	GRANEL.
Radiologie.	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TEDENAT, BERTIN-SANS, CABANNES
GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.	MM.
Chimie. MONNIER, <i>agrégé</i> .	Clinique de la tu-
Microbiologie. CARRERE, <i>agrégé</i> .	berculose. VIDAL, <i>professeur</i>
Histoire nat. méd. HARANT, <i>agrégé</i> .	Pathologie chirurg. MOURGUE-
Pharmacologie. HARANT, <i>agrégé</i> .	MOLINES, <i>agr.</i>
Pathologie médic. BOUCOMONT, <i>agr.</i>	— — TRUC, <i>agrégé</i> .
— — BERT, <i>agrégé</i> .	Chirurgie expérim. GUIBAL, <i>agrégé</i> .
Propédeutique méd. P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	Médecine opératoire ROUX, <i>agrégé</i> .
Clinique interne PUECH, <i>profess.</i>	Accouchements. CADERAS
Clinique des mala-	de KERLEAU, <i>agr.</i>
des contagieuses. JANBON, <i>profess.</i>	Stomatologie. HOUPERT, <i>Dr en Méd.</i>

Agrégés en exercice

MM.	MM.
Médecine. P. RIMBAUD.	Chirurgie. MOURGUE-
— BOUCOMONT.	MOLINES
— BERT.	— GUIBAL.
— LAFON, <i>ch. d'agr.</i>	— ROUX.
Chimie. MONNIER.	Urologie. TRUC.
Bactériologie. CARRERE.	Accouchements CADERAS
Histoire nat. méd. HARANT.	de KERLEAU.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A qui je dois tout.

A MA FEMME

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE
*professeur de Clinique chirurgicale infantile
et Orthopédie
Chevalier de la Légion d'honneur*

A MON JURY DE THESE:

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AIMES
*chargé de cours de Propédeutique chirurgicale
Croix de Guerre 1914-1918*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE
MOURGUES-MOLINES
*Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de Guerre 1914-18 et 1939-40*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ROUX
*Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de Guerre 1914-18 et 1939-40*

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES HOPITAUX
DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE SETE

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux de pouvoir, aujourd'hui, à l'occasion de ce travail, remercier tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de l'enseignement qu'ils nous ont donné.

Notre reconnaissance s'adresse tout particulièrement :

A M. le professeur Etienne, qui nous a fait le grand honneur de nous confier le sujet de cette thèse, d'en guider la rédaction et d'en accepter la présidence. Le stage, trop court à notre gré, que nous avons effectué dans son service nous a permis d'apprécier son extrême bonté et la portée toute pratique de son enseignement clinique.

A M. le professeur Aimes dont les leçons cliniques si vivantes de propédeutique chirurgicale rendirent particulièrement attrayant notre premier contact avec les malades.

A M. le professeur agrégé Mourgue-Molines, dont nous n'oublierons jamais le fructueux enseignement.

A M. le professeur agrégé Roux, dont nous avons suivi avec tant d'intérêt les cours brillants et originaux.

Nous tenons également à exprimer toute notre reconnaissance à nos Maîtres de l'Hôpital de Sète.

A M. le docteur Cadilhac, médecin chef honoraire de l'Hôpital, dont le sens clinique averti et la grande culture guidèrent nos débuts d'interne.

A M. le docteur Ricard, chirurgien-chef de l'Hôpital, qui nous a accueilli paternellement dans son service et à qui nous devons toute notre pratique chirurgicale.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre gratitude.

A M. le docteur Borel, médecin-chef de l'Hôpital. Nous nous souviendrons toujours de son amour du malade et de son enseignement profondément humain qui nous a ouvert de si larges horizons.

A M. le docteur Guirauden, médecin-chef de la Maternité, qui nous a toujours accueilli avec bienveillance et n'a cessé de nous prodiguer des conseils éclairés.

A M. le docteur Dollard, médecin-chef de la Clinique mixte, qui nous a toujours reçu avec la plus grande cordialité. Nous regrettons de n'avoir pu consacrer plus de temps à sa spécialité.

A M. le docteur Soulié, chirurgien-adjoint de l'Hôpital, dont la conscience et le savoir, joints à la plus grande simplicité laisseront un souvenir ineffaçable dans notre esprit.

Enfin nous garderons toujours dans notre mémoire les heureux moments passés avec nos camarades durant notre vie d'internat.

J. R.

UNE FORME ANATOMIQUE DES ABCÈS DE FOIE : L'ANTHRAX DU FOIE

INTRODUCTION

Le 19 mars 1943, M. le professeur Etienne, MM. Lapeyrie, Cheynel et Lescure ont fait à la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen une communication sur *Un cas d'anthrax du foie*.

La forme anatomique particulière, l'aspect anthracôïde de cette suppuration due au staphylocoque, l'allure clinique de la maladie, le diagnostic particulièrement difficile malgré deux interventions exploratrices méritaient d'être soulignés.

C'est cette observation, qui est à la base de notre thèse.

UN CAS CLINIQUE D'ANTHRAX DU FOIE

(Observation recueillie dans le service de Chirurgie infantile et Orthopédie, de M. le professeur Etienne.)

Etienne P..., 11 ans.

Ce jeune malade entre le 25 novembre 1941 dans le service de Chirurgie infantile pour une tuméfaction douloureuse de la région épigastrique.

L'histoire de la maladie est brève, quatre jours auparavant, le jeune Etienne P. aurait commencé à souffrir dans la partie supérieure droite de l'épigastre. Il aurait alors constaté dans cette région la présence d'une tuméfaction qui n'existait pas antérieurement.

Douleur vive sans nausées ni vomissements.

Pas de troubles du transit digestif.

Pas de fièvre. Bon état général.

Aucun antécédent pathologique n'a pu être relevé.

A l'examen le 25 novembre 1941 : On constate à l'inspection à jour frisant une tuméfaction dans la région épigastrique, à droite, immédiatement au-dessous du rebord chondro-costal.

La palpation permet de délimiter une masse dure, légèrement rénitente, située à 1 cm. au-dessous du rebord chondro-costal et à 2 cm. à droite de la ligne blanche. Cette masse a le volume d'un petit œuf environ, ses limites supérieures sont floues et s'enfoncent sous le rebord chondro-costal. Les limites inférieures, au contraire, sont très nettes.

La masse est douloureuse mais peu, en tous ses points. On n'a nulle part l'impression qu'il existe un collet électivement douloureux.

Cette masse est peu mobile sur les plans profonds. Elle est nettement située dans la gaine du grand droit, du côté droit, contre la ligne médiane.

La peau est mobile au devant d'elle et ne présente aucune modification.

Lorsqu'on fait contracter la sangle abdominale, la masse se réduit partiellement.

La température est de 38°5.

Le 1^{er} décembre 1941: Depuis trois jours est apparue une fluctuation de plus en plus nette. Il s'agit vraisemblablement d'une suppuration pariétale et non d'une hernie épigastrique comme on l'avait cru tout d'abord.

En raison des oscillations thermiques on décide d'intervenir sous-anesthésie locale, incision transversale de la gaine du droit à sa partie supérieure, de la peau, de la graisse et de la paroi antérieure de la gaine du droit, donnant issue à un pus bien lié et crémeux. On a l'impression d'une poche assez bien limitée. Drainage.

L'examen microscopique du pus montre qu'il s'agit de staphylocoque doré.

Les jours suivants la fièvre oscillante persiste malgré le drainage, les sulfamides, la quinine.

Les hémocultures et séro-diagnostic de Widal et de Wright sont négatifs.

La formule sanguine est la suivante:

Globules rouges: 3.460.000; globules blancs: 19.200; hémoglobine: 70 %; valeur globulaire, 1,01; polynucléaires neutrophiles: 74 %; polynucléaires éosinophiles: 0 %; polynucléaires basophiles: 0 %; grands mononucléaires: 4 %; lymphocytes: 22 %.

Le 16 décembre 1941: Jusqu'à ce jour, persistance des phénomènes thermiques.

L'examen de l'abdomen et de l'appareil respiratoire est entièrement négatif. Il s'écoule une très faible quantité de sérosité par l'orifice de drainage.

Une radiographie après injection de lipiodol dans le trajet pariétal montre un petit trajet de 2 à 3 cm. environ mais il est impossible de préciser si ce trajet reste intrapariétal ou va dans le foie.

Par ailleurs, dans la nuit précédente, cet enfant a présenté des selles avec de petites formations pseudo-membraneuses pouvant faire penser à l'amibiase.

C'est dans ces conditions que l'on décide de faire une intervention plus complète (docteurs Cheynel et Lapeyrie).

Premier temps: Incision médiane épigastrique. Le péritoine ouvert, on explore la cavité du côté hépatique et l'on constate qu'il existe une barrière d'adhérences très nette, au-dessus du trajet de l'orifice cutané. On referme cette incision.

Deuxième temps: Incision parallèle du rebord chondro-costal, au-dessus de l'orifice fistuleux et de la barrière d'adhérences. Le foie présente un aspect à peu près normal, sauf dans la partie supéro-interne où la capsule de Glisson paraît décollée.

Plusieurs ponctions à ce niveau restent blanches.

Troisième temps: Par l'orifice fistuleux on introduit une sonde cannelée et l'on constate que cette sonde va dans le foie et pénètre dans la loge signalée plus haut, formée par le décollement de la capsule de Glisson. Mais on ne fait sourdre aucun pus. On pratique néanmoins un drainage.

Après cette intervention il est permis d'affirmer qu'il s'agit manifestement d'une cavité intra-hépatique, que le trajet fistuleux conduit à cette cavité intérieure, mais les phénomènes fébriles à grandes oscillations présentés par cet enfant autorisent à penser qu'il y a une autre cavité qui, pour l'instant, ne communique pas avec celle que l'on a trouvé opératoirement.

Etant donné la petite possibilité d'amibiase (selles pseudo-membraneuses) on institue un traitement par l'émétine et le stovarsol.

Les jours suivants: La fièvre à grandes oscillations persiste. L'examen radiographique après injection de lipiodol par le drain ne permet pas de déceler l'existence d'une cavité intrahépatique.

Le lipiodol ne dépasse pas l'extrémité interne du drain, à 3 ou 4 cm. de la paroi.

La radiographie du thorax montre un voile très accusé de toute la base du poumon droit, voile qui paraît d'origine pleurale.

Une hémoculture sur bouillon montre la présence de staphylocoque. Ce sera la seule fois d'ailleurs.

Une nouvelle formule sanguine montre les résultats suivants:

Globules rouges: 2.800.000; globules blancs: 22.400; hémoglobine: 50 %; valeur globulaire: 0,89; polynucléaires neutrophiles: 63 %; polynucléaires éosinophiles: 1 %; polynucléaires basophiles: 1 %; grands mononucléaires: 3 %; lymphocytes: 32 %.

Le 5 janvier 1942, une nouvelle intervention exploratrice est pratiquée (M. le professeur Etienne):

Incision longue, parallèle au rebord costal. Issue d'un liquide ascitique citrin assez abondant. Le foie ne présente de bosselure en aucun point. C'est un foie d'as-

pect normal sauf en ce qui concerne la couleur qui est fonction de l'état d'anémie que présente le malade.

Au toucher à bout de doigt, sous la coupole diaphragmatique, on sent une bosse indurée correspondant à la partie supérieure du foie et paraissant répondre à un état de congestion simple.

Des ponctions faites en différents sens dans l'organe sont toutes négatives. L'exploration visuelle de la face inférieure du foie est négative également.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Les deux jours suivant on observe une baisse de la température, mais elle remonte ensuite rapidement avec des oscillations, et persiste.

L'enfant présente des douleurs dans l'hypochondre droit.

Le 14 janvier 1942, l'auscultation des poumons montre une obscurité complète de la base droite avec submatité.

A l'examen radiographique du thorax on constate la persistance du voile de la base droite révélé par un précédent examen. Ce voile présente une limite supérieure linéaire assez nette, au niveau de la scissure.

L'hémi-diaphragme droit est soulevé, déformé.

Il existe un certain degré de sinistocardie.

Pendant un mois, l'état du malade reste à peu près stationnaire.

La fièvre, les signes pulmonaires persistent.

L'amaigrissement est très important.

L'enfant est pâle, dyspnéique. Il présente un début de ptosis avec ophthalmie de l'œil gauche.

Tous les examens de laboratoire: hémoculture, cuti-réaction à la tuberculine, sont négatifs.

Aucune autre localisation.

Le 18 février 1942: Nouvelle radiographie pulmonaire. On constate un épanchement liquidien important de la base droite, à niveau horizontal.

Le 23 février 1942: Une ponction dans le huitième espace intercostal permet de retirer 3 cc. environ d'un liquide trouble, verdâtre.

A l'examen direct et après culture: staphylocoque doré.

Le 12 mars: Depuis trois jours, l'enfant présente des vomiques fractionnées.

Le 28 mars: Nouvelle ponction dans le huitième espace intercostal droit qui ramène 1 cc. de pus.

A l'examen direct et culture: staphylocoque doré.

La radiographie montre un épanchement de la base droite, volumineuse mais très flou, remontant à deux travers de doigt au-dessus de la pointe de l'omoplate.

Le 30 mars:

1° On réalise une petite pleurotomie « à minima » à trois travers de doigts au-dessous de la pointe de l'omoplate. On ne retire pas de pus;

2° On fait une ponction exploratrice dans l'espace intercostal au-dessus de l'espace précédent et à 4 cm. de profondeur environ; on retire du pus vert, bien lié;

3° Au point exact de la ponction on fait une nouvelle pleurotomie « à minima » mais bien qu'on enfonce la sonde cannelée à 8 ou 10 cm. de profondeur, et ceci très librement, avec aspiration, ce qui prouve que l'on se trouve bien dans la plèvre, il ne s'écoule absolument rien. On place néanmoins une sonde de Pezzer.

Au cours et surtout à la fin de ces manœuvres, le petit malade présente une vomique assez abondante de pus vert. On se demande s'il ne s'agit pas en somme tout

simplement d'un abcès pulmonaire avec réaction pleurale plus ou moins infectée.

Après la pleurotomie, l'enfant continue à cracher un peu.

Le 18 avril, est pratiquée une nouvelle radiographie. La nappe liquidienne a disparu. On constate au niveau du sommet droit la présence d'une cavité assez importante s'étendant environ sur trois espaces intercostaux, limitée en bas par un niveau horizontal; au-dessous de ce niveau la clarté du poumon est légèrement diminuée mais le cul-de-sac diaphragmatique est encore clair.

C'est pourquoi l'on se demande s'il s'agit:

— d'une cavité intrapulmonaire: abcès du poumon puisqu'aussi bien il y a eu une vomique;

— ou bien d'un reliquat d'épanchement pleural peu abondant et peu épais.

Depuis le 15 avril, la température est en baisse et reste peu élevée pendant plus de trois semaines, mais l'état général reste mauvais.

Le 11 mai, reprise de la fièvre. L'enfant présente une diarrhée importante et des vomissements.

L'état général s'altère encore.

En fin mai: Apparition de douleurs très vives dans l'hypochondre droit.

La fièvre, les vomissements, la diarrhée persistent.

A l'examen: Petit épanchement pleural droit.

Le malade est dans un état cachectique.

Après l'apparition d'une ascite et d'un œdème généralisé, l'enfant meurt le 10 juin 1942.

Nécropsie:

Elle montre: 1° Des adhérences serrées réunissant les viscères thoraciques à la paroi et le foie au diaphragme et au péritoine pariétal;

2° Absence de pus dans la plèvre droite et dans la trachée. Les poumons et le cœur sont normaux;

3° Foie gros et mou.

A la coupe, nombreux abcès aréolaires dont le pus ne s'écoule pas, présentant l'aspect typique de bourbillons d'anthrax.

Examen histo-pathologique:

L'examen histologique en fragment envoyé montre que l'on a affaire à un processus d'hépatite suppurée, caractérisée par la présence de micro-abcès au sein du tissu hépatique.

CONSIDERATIONS GÉNÉRALES SUR LES SUPPURATIONS HEPATIQUES A STAPHYLOCOQUES, EN PARTICULIER SUR LES MICRO-ABCÈS

Après l'amibe, le staphylocoque est une des causes les plus fréquentes de suppuration hépatique.

En 1889, Bertrand communique à l'Académie de Médecine une note relative à la présence de staphylocoque pyogène dans le pus d'un abcès dysentérique du foie.

En 1889, également Souques, publie une observation, recueillie dans le service du professeur Chauffard, d'abcès multiples du foie à staphylocoques, consécutifs à une typhlite ulcéreuse.

Depuis les observations de ce genre se sont multipliées.

En 1924, deux observations de Fabrikant, de Khar-kow.

En 1933, communication de Cambier et Dagnélie.

En 1934, observations de Carnot et Cachérat, de Carnot et Caroli, de Marcel Labbé, Boulin et G. Dreyfus, de Delmas et Duhamel, de Noël Fiessinger, Desplas et Messimy, thèse de A.-W. Borowicz.

En 1935 et 1936, divers travaux de Huard et Meyer-May.

En 1937, observation de Talbot et Parlange.

En 1939, thèse de Bazin.

L'abondance des travaux signe la fréquence de l'étiologie.

Le germe en cause est dans la quasi-totalité des cas le staphylocoque doré, exceptionnellement le staphylocoque blanc ou le staphylocoque citrin.

La porte d'entrée du germe peut être variable:

1° Très fréquemment la peau: après furoncle, anthrax, panaris;

2° Quelquefois tissu sous-cutané: abcès, phlegmon circonscrit, simple excoriation infectée;

3° Muqueuse des cavités naturelles: stomatite, abcès dentaire, otite, phlegmon amygdalien;

4° Muqueuse des voies respiratoires, rarement;

5° Tube digestif: porte d'entrée fréquente mais souvent méconnue. Elle mérite que l'on s'y arrête un instant.

Le staphylocoque, germe saprophyte de l'intestin ne devient en général pathogène qu'à la suite d'une lésion de la muqueuse intestinale, mais il peut également provoquer par lui-même des troubles intestinaux pour lesquels on peut penser, surtout aux colonies, à une origine amibienne.

Bertrand écrivait en 1889: « S'il est exact, comme je le pense, que les micro-organismes dont nous avons trouvé de nombreux spécimens dans les matières alvines contribuent au mécanisme du processus dysentérique, il est probable qu'au staphylocoque revient la plus grande part de cette pathogénie ».

Cette opinion est également celle de Huard et Meyer-May qui, s'appuyant sur de très nombreuses observations et une longue expérience coloniale écrivent, dans leur ouvrage *Les abcès du foie*: « Les lésions généralement attribuées à ce germe (le staphylocoque): furoncle, myosites, ostéomyélite, sont fréquentes dans nos régions (Indochine) et surviennent pendant les périodes

de l'année où sévissent les troubles intestinaux. Combien de fois n'avons-nous pas remarqué que le meilleur traitement de ces furonculoses bénignes, mais rebelles, consiste à débarrasser l'intestin de ses parasites et à le traiter par les antiseptiques ordinaires ».

La porte d'entrée est également intestinale pour les abcès du foie d'origine appendiculaire;

6° Voies génitales après accouchement ou surtout après avortement;

7° Tous les foyers inflammatoires;

8° Dans certains cas enfin, malgré un examen soigneux, un interrogatoire précis, on n'arrive pas à mettre en évidence la porte d'entrée du germe, la lésion initiale ayant pu passer inaperçue et guérir avant l'apparition de la complication hépatique.

VOIES DE PENETRATION DANS LE FOIE.

1° Voie lymphatique: La source de presque toutes les infections hépatiques est le tube intestinal. Or, le foie n'est pas sur le trajet des lymphatiques intestinaux qui se rendent aux ganglions du mésentère et du canal thoracique. Ce n'est guère que par une invasion lymphatique s'étendant de proche en proche et se développant surtout au niveau du péritoine que le foie pourra être atteint. Encore le sera-t-il d'ordinaire très superficiellement, dans de faibles proportions et ce mode d'inoculation donnera plutôt lieu à une périhépatite qu'à une infection de la glande elle-même;

2° La voie artérielle: Par l'artère hépatique arrivent dans le foie les micro-organismes qui pullulent dans le sang au cours des septicémies et les pyohémies, micro-organismes qui viennent s'arrêter dans les capillaires

et les embolies septiques ainsi formées deviendront les centres de suppurations secondaires.

Ce sont les abcès septico-pyohémiques, en général excessivement nombreux, miliaires, les uns microscopiques, les autres variant de la dimension d'une pointe d'épingle à celle d'un grain de mil;

3° Voie veineuse: Elle est fréquente. De petits embolus microbiens sont transportés par cette voie grâce à la veine porte dont les nombreuses racines vont puiser au niveau de la muqueuse intestinale ulcérée les agents pathogènes qui s'y trouvent à profusion. Arrêtés par le réseau capillaire auquel aboutissent les ramifications intra-hépatiques de la veine porte, ils deviennent le point de départ d'inoculations secondaires;

4° La voie biliaire enfin est celle que suivent la plupart des microbes qui habitent normalement dans le duodénum.

Sous certaines influences particulières, ils envahissent les canaux biliaires et provoquent une infection ascendante qui, limitée d'ordinaire aux rameaux d'un certain calibre, peut s'étendre quelquefois jusqu'aux canalicules originels. Ainsi se forment les abcès angiocholitiques: petits, de teinte blanc jaunâtre, multiples, du volume d'un grain de mil, ils peuvent siéger en tous les points du tissu hépatique. Parfois ils convergent, se réunissent, réalisant l'abcès aréolaire décrit par Chauffard.

Le parenchyme hépatique présente alors une série de logettes qui ont fait naître la comparaison classique avec un gâteau de miel ou une éponge: chaque aréole, limitée par une membrane pyogénique, contient une gouttelette de pus jaunâtre ou blanchâtre. Dans certains

cas, ces abcès sont triangulaires, en forme d'infarctus, la base étant corticale, le sommet central.

DIAGNOSTIC

ET TRAITEMENT DES MICRO-ABCÈS

Les divers traités de pathologie ne consacrent que quelques lignes à ces micro-abcès. Ils signalent leur fréquence, les citent pour mémoire, mais ne s'étendent jamais à leur sujet.

Nous n'avons pu trouver dans la littérature médicale, aucun article, aucune communication, aucune observation consacrée à ces micro-abcès.

Cette défaveur s'explique vraisemblablement par une double difficulté diagnostique et thérapeutique.

Diagnostic difficile: en effet, tous les symptômes, fièvre hectique, foie douloureux, augmenté de volume, aspect général de suppuration profonde, ne permettent que de soupçonner la réalité. La ponction, signe de certitude pour les grands abcès, reste blanche.

Thérapeutique difficile: Le traitement médical général des staphylococcies, déjà peu efficace dans les septiciémies à staphylocoques, échoue en général dans ces localisations viscérales profondes.

Le traitement chirurgical d'autre part est impossible, car on ne peut drainer, le pus n'étant pas collecté.

ÉTUDE CLINIQUE DE L'OBSERVATION

L'observation que nous avons rapportée montre nettement les grosses difficultés cliniques présentées par cette forme de suppuration.

D'après les différentes manifestations pathologiques plusieurs diagnostics furent successivement posés :

1° Collection purulente de la paroi abdominale, dans la gaine du droit, contre la ligne médiane;

2° Abscess probable du foie, malgré l'absence de lésions décelables à deux interventions exploratrices successives;

3° Abscess du poumon avec réaction pleurale purulente.

La nécropsie seule put montrer les lésions originelles.

Le diagnostic pouvait-il être porté avec certitude?

Quels sont les symptômes de l'anthrax du foie?

Tout d'abord les trois signes classiques des abscess du foie : douleur, fièvre, hépatomégalie.

Douleur : localisée au début très nettement à la collection purulente de la gaine du droit, elle disparut après l'évacuation de celle-ci, pour reparaître ensuite d'une manière plus vague dans l'hypochondre droit. Elle n'affecte aucun type spécial.

Spontanée et provoquée à la pression elle ne permet aucune localisation particulière et orienta seulement les explorations du côté du foie.

Elle présenta des alternatives de rémission et de récruescence.

Dans le dernier mois seulement elle devint extrêmement vive et nécessita une thérapeutique sédative opiacée.

Fièvre: à grandes oscillations, traduisant la suppuration profonde. Elle subit elle aussi les phases assez longues de rémission.

Mais le symptôme fébrile est trop courant pour y attacher une grosse importance diagnostique.

L'hépatomégalie. Dans le cas rapporté elle fut très discrète. La collection pariétale, une fois évacuée, on ne put constater aucune tuméfaction, localisée ou étendue, dans l'hypochondre droit.

Les autres signes, secondaires, ne donnèrent que peu de renseignements:

L'examen radiologique, après ou sans injection de lipiodol ne donna aucun résultat.

La formule sanguine avec anémie et polynucléose neutrophile est une formule banale de suppuration.

Ce tableau clinique, quoique assez vague, s'il ne permettait pas d'affirmer le diagnostic, devait faire songer à la possibilité d'un abcès du foie.

C'est pourquoi furent décidées les deux interventions exploratrices. Toutes les ponctions exploratrices étant restées blanches, trois éventualités étaient alors à envisager:

1° La suppuration hépatique pouvait n'être pas collectée;

2° La suppuration hépatique pouvait être collectée, mais n'avoir pas été atteinte par l'aiguille de la ponction;

3° La suppuration pouvait enfin ne pas siéger dans le foie, mais dans un autre organe, en l'occurrence le poumon.

Les deux premières possibilités ne furent pas retenues, car tout concourait à faire admettre la troisième; les signes pulmonaires, les vomiques répétés, l'examen

radiologique même, orientèrent nettement le diagnostic vers l'abcès du poumon avec réaction pleurale.

La nécropsie seule montra le diagnostic exact.

La thérapeutique n'apporta pas plus de satisfactions que l'étude clinique.

Les sulfamides restèrent complètement inefficaces.

Le traitement par l'émétine et le stovarsol n'amena aucune amélioration.

Enfin, toutes les interventions chirurgicales demeurèrent sans résultat.

A la lumière des renseignements fournis par la nécropsie, pourrait-on pour l'avenir envisager un traitement pour cette forme d'anthrax du foie?

Traitement médical: Resterait vraisemblablement inopérant.

Il faudrait essayer à nouveau les sulfamides.

Le sérum antistaphylococcique et l'anatoxine staphylococcique aideraient peut-être l'organisme à mieux lutter contre l'infection, mais sans que l'on puisse espérer une guérison.

Traitement chirurgical: Dans les formes localisées au lobe gauche, facilement extirpable, on pourrait envisager une ablation de ce lobe, ainsi que l'a réalisé Lioni.

Mais il faudrait diagnostiquer avec certitude la forme anthracoïde, sa localisation au seul lobe gauche et être certain de n'avoir pas d'autres foyers dans les autres lobes. Ce serait chose pratiquement impossible.

Il n'y a donc pour l'instant aucun traitement chirurgical de l'anthrax du foie et l'on ne peut qu'espérer que plus tard, par de nouvelles techniques, peut-être inspirées par celles utilisées pour les anthrax cutanés, il sera possible d'intervenir efficacement.

Le pronostic se présente donc sous un aspect particulièrement sombre, sauf dans le cas, toujours possible, mais rare et invérifiable, où l'organisme, sortant vainqueur de sa lutte contre le staphylocoque, parviendrait à enrayer l'infection.

PEUT-ON PARLER D'ANTHRAX DU FOIE ?

Qu'est-ce qu'un anthrax ?

Une agglomération de furoncles (Follin), un furoncle guêpier (Trelat).

Il est causé par l'infection, ordinairement due au staphylocoque doré, de plusieurs follicules pilo-sébacés.

Est-il licite de parler d'anthrax en dehors de la peau ? Logiquement : non. L'anthrax en effet est, par définition, une infection cutanée. Il semble donc tout à fait anormal de donner ce nom à des lésions d'un viscère n'ayant aucun rapport au point de vue structure avec la peau, et où n'existe bien entendu rien d'analogue aux follicules pilo-sébacés.

Mais il paraît tout de même légitime dans certains cas d'employer les termes qui font image, et qui, d'un seul mot, même impropre, permettent à l'esprit de saisir ce qu'une longue et minutieuse description définirait difficilement.

Dans l'histoire de la médecine, sur le seul chapitre des staphylococcies, nous pouvons trouver d'illustres précédents. Pasteur se basant sur le seul aspect bactériologique définit l'ostéomyélite comme le « furoncle de l'os » synthétisant par cette formule l'identité de germes des deux affections. Israël, trouvant au niveau du rein une lésion anatomiquement semblable à celle de l'anthrax de la nuque, dénomme cette lésion « anthrax du rein ». Définition purement anatomique, à peine bactériologique. Le terme d'anthrax du rein est actuelle-

ment passé dans le langage médical et admis par tous les auteurs.

Ayant observé dans le foie des lésions présentant l'aspect anatomique de celles d'anthrax, M. le professeur Etienne, MM. Lapeyrie, Cheynel et Lescure, se sont crus autorisés à proposer pour de telles lésions le nom d'anthrax du foie.

Du point de vue bactériologique cette dénomination est parfaitement justifiée, le germe en cause dans le cas observé étant comme pour l'anthrax du foie, le staphylocoque doré.

Identité d'aspect anatomique, identité bactériologique, voilà qui paraît suffisant pour entraîner une identité de nom.

CONCLUSION

L'anthrax du foie, tel qu'il est décrit dans l'observation que nous avons rapportée, apparaît donc comme une forme particulière des micro-abcès du foie.

Le nom d'anthrax du foie, par analogie avec celui du rein, peut être admis. L'aspect anatomique bourbillonneux, anthracoïde, et l'étiologie staphylococcique des lésions observées, le légitiment.

Ainsi défini, il se présente comme une atteinte particulièrement grave du tissu hépatique.

Il s'oppose nettement aux grands abcès collectés dont le diagnostic est en général facile et le traitement chirurgical efficace.

Pour l'anthrax du foie on ne peut poser qu'un diagnostic de probabilité.

Le pronostic est sévère.

Aucun acte chirurgical, jusqu'ici, ne peut être efficace.

La thérapeutique médicale est peu active.

La mort paraît l'aboutissement inévitable de l'anthrax du foie.

BIBLIOGRAPHIE

- AYLETT. — Abscès hépatique produit par le *staphylococcus aureus hemolyticus*. *The Lancet*, 9 octobre 1927, p. 352.
- BARBEROUSSE (C.-M.). — Hepatitis suppurata à staphylocoques. *Arch. de Pédiâtr. de l'Uruguay*, t. 7, janvier 1936, p. 33-35.
- BAZIN (Lucien). — Contribution à l'étude des abscesses hépatiques à staphylocoques. *Th. Paris*, 1939.
- BOROWICZ (Abraham-Wolf). — Contribution à l'étude des abscesses primitifs du foie à staphylocoques. *Thèse Paris*, 1934.
- CAMBIER (P.) et DAGNÉLIE (J.). — Abscès du foie à staphylocoques. Thrombose des veines sus-hépatiques, septicémie à staphylocoques. Foie musculé localisé. *Le Scalpel*, n° 8, 25 février 1933.
- CARNOT (P.) et CACHERA (R.). — Grand abscessus staphylococcique du foie. Son diagnostic par ponction et injection aërolipiodolée. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, séance du 25 mai 1934, p. 756.
- CARNOT (P.) et CAROLI (J.). — Grand abscessus staphylococcique du foie après cholécystectomie mais d'origine furonculaire. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, séance du 25 mai 1934, p. 760.
- DELMAS (F.) et DUHAMEL. — Abscessus primitifs du foie à staphylocoques. Deux cas. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 25 juin 1934, t. 50, p. 1047-49.

- DESROSIERS (Ch.). — Contribution à l'étude des septicémies à staphylocoques. *Thèse Paris*, 1935.
- ETIENNE (E.), LAPEYRIE, CHEYNEL et LESCURE. — Un cas d'anthrax du foie. *Soc. des Sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 19 mars 1943.
- FABRIKANT. — Sur la question des abcès hépatiques. *Vrahebdnoë Delo. Kharkow*, juin 1924.
- FAURE (J.-L.). — Maladies chirurgicales du foie et des voies biliaires, XVII, 1910.
- FIESSINGER (N.), DESPLAS (B.) et MESSIMY (R.). — Abcès multiples du foie à staphylocoques dorés. Evolution torpide, apyrétique et prolongée. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, n° 27, 26 octobre 1934, p. 1348-1353.
- GOSSET (A.). — Précis de pathologie chirurgicale, t. iv (collect. des *Précis médicaux*, Masson, édit).
- *XIII^e Congrès français de Chirurgie*, 1900.
- GUEULETTE (R.) et BOUTRON (J.). — *Encyclopédie médicale-chirurgicale*. « Le Foie », f. 7022, p. 2.
- HUARD (P.). — La multiplicité et les réveils des abcès du foie. *Revue de Chir. Paris*, n° 9, nov. 1937.
- HUARD (P.) et MEYER-MAY (J.). — Les abcès du foie, 1 vol., Masson, édit., 1936.
- Traitement des abcès du foie. *Bull. Soc. méd. chir. de l'Indochine*, 14 janvier 1936, p. 76-149.
- 150 observations d'abcès du foie. *Soc. Nat. Chir.*, 1936.
- L'infection staphylococcique aux colonies. *Rev. de Chir.*, Paris, an. 55, n° 6, juin 1936.
- HUGUIER (Jacques). — L'anthrax du rein. *Thèse Paris*, 1939, n° 179.

LABBÉ (Marcel), BOULIN (R.), DREYFUS (G.). — Grand abcès primitif du foie à staphylocoques. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, n° 18, 25 mai 1934, p. 754.

TALBOT et PARLANGE. — Abcès du foie à staphylocoques dorés d'étiologie indéterminée, ouvert dans l'espace sous-phrénique. *Bull. Soc. de Méd. milit. française*, juillet 1937.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la Thèse ayant pour
titre:

**Une forme anatomique des abcès
du foie: l'anthrax du foie.**

par Jean ROUSSON

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 31 mai 1943.

Le Professeur,
ETIENNE.

Vu:

Montpellier, le 1^{er} juin 1943.

Le Doyen:
G. GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer:
Montpellier, le 2 juin 1943.

Le Recteur:
J. SARRAILH.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions
émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être
considérées comme propres à leur auteur; qu'elles n'entend leur don-
ner ni approbation ni improbation.

